

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N°

907

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

HO-DAG-CUNG

Né le 14 janvier 1907, à Hué
Diplômé de l'École Française de Stomatologie de Paris
Certifié d'Electroradiologie de la Faculté de Paris

Contribution à l'Étude
des
Complications puerpérales
d'origine endogène en Indochine

Président : M. TANON, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1937

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

HO-DAC-CUNG

Né le 14 janvier 1907, à Hué
Diplômé de l'École Française de Stomatologie de Paris
Certifié d'Électroradiologie de la Faculté de Paris

Contribution à l'Étude

des

Complications puerpérales

d'origine endogène en Indochine

Président: M. TANON, *Professeur.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1937

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Cardiologie clinique	LAUBRY.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE..... Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY..... Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.). Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.). Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE..... Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK..... Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES... Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LELONG..... Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY.... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MÉNÉGAUX... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET.... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgi-
 cale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD..... Ophtalmologie.
 RICHT Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIÈRE Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT.. Physiologie.
 GUÉNIOT.. Obstétrique.

MM.

LARDENNOIS... Pathologie chirurgicale.
 LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 VAUDESCAL.... Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	Clinique médicale.	BASSET.	Clinique chirurgicale
AUBERTIN.		BROCQ.	
BRULÉ.		CADENAT.	
CHABROL.		GATELLIER.	
DONZELOT.		HEITZ-BOYER.	
DUVOIR.		MOURE.	
LIAN.		QUENU.	
VALLERY-RADOT		SCHWARTZ.	
(Pasteur).		VELTER.	
SEZARY.			

MM.	
ÉCALLE.	Clinique obstétricale.
LE LORIER.	
METZGER.	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TANON

Professeur d'Hygiène et de Médecine Préventive
Membre de l'Académie de Médecine

En témoignage de respectueuse reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A NOTRE MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR DALÉAS

Professeur agrégé de l'Ecole de Médecine de Hanoï

Qui a eu la bienveillance de nous suggérer le sujet du présent travail.

Nous le prions de trouver ici l'expression de toute notre reconnaissance et de notre dévoué attachement.

A NOS MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A NOS MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

A NOS MAITRES DE L'ÉCOLE FRANÇAISE
DE STOMATOLOGIE DE PARIS

A S. E. THAI-VAN-TOAN

Ministre de l'Intérieur de la Cour d'Annam
Président de la Société d'Encouragement
aux Etudes Occidentales de Hué

*En témoignage de notre vive gratitude
et de notre respectueux attachement.*

A MES AMIS DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE HANOI

A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS

*Que ce travail constitue un modeste
témoignage de notre affectueuse et res-
pectueuse piété filiale.*

A MA SOEUR HO-THI-HAO

ET

A SON MARI DANG-NGOC THU

*Que ce modeste ouvrage constitue une
bien faible récompense pour tous leurs
sacrifices qui m'ont permis de poursuivre
et d'achever mes études.*

Toute ma reconnaissance.

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

Contribution à l'Étude
des
Complications puerpérales d'origine endogène
en Indochine

Introduction.

L'idée d'aborder une telle étude nous était venue, lorsque nous faisons, en 1935, fonction d'interne à la Maternité René Robin de Hanoï.

Elle nous intéressait à plusieurs points de vue : D'abord, elle a été l'objet d'une série de publications de notre Maître le D^r Daléas, Professeur agrégé d'Obstétrique et de Gynécologie à l'Ecole de Médecine de Hanoï, dans différentes revues telles que la *Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Toulouse*, *Bruxelles Médical*, etc...

Son désir fut que nous poursuivions nos recherches dans ce sens.

Ensuite, si nous étions habitué à voir arriver à la Maternité des cas d'infection puerpérale grave : tel cas était dû à un manque d'asepsie ; tel autre, était l'objet d'interventions des plus ahurissantes que se permettent les matrones de campagne, nous étions, en revanche, frappé de voir mourir ou faire de l'in-

fection puerpérale des malades, régulièrement suivies pendant leur gestation, et dont l'accouchement s'était fait le plus normalement du monde.

Enfin, c'est un peu dans le désir de répondre à certains de nos amis, qui, pratiquant la Médecine traditionnelle, nous disaient, un jour, non sans ironie :

« Vous êtes formé à l'Ecole de Médecine française. Vous suivez les principes de Pasteur et de Lister. Nous sommes très étonnés de voir des femmes, suivies par la Maternité pendant leur grossesse et accouchées par vous dans des conditions aseptiques, faire de l'infection puerpérale ».

En effet, nous avons sur notre compte des cas d'infection grave et des plus troublants.

Mais mes amis ne comprenaient pas que les cas infectés, arrivés au dernier moment à la Maternité eussent été contaminés par des germes venus « du dehors », apportés par les mains malpropres des matrones, tandis que ceux constatés dans notre Maternité, relevaient, la plupart du temps, des germes venus « du dedans » c'est-à-dire des microbes que nous portons constamment sur nos téguments et nos muqueuses... et qu'à l'occasion d'une influence quelconque (fatigue, diminution de la résistance de l'organisme, etc...), ces microbes sont susceptibles d'envahir l'économie et produire l'infection.

J'espère qu'ils trouveront ma réponse longuement étudiée dans ce modeste travail.

* * *

Je remercie tout particulièrement mon Maître le Dr Daléas de m'avoir inspiré le sujet de cette thèse. Qu'il trouve ici l'expression sincère de ma vive gratitude.

Je remercie également le Dr Vaucel, de l'Institut Pasteur de Hanoï, de son aimable concours de bactériologiste distingué, en ce qui concernait les hémocultures et les identifications bactériologiques.

Etiologie et Pathogénie.

Brindeau a dit : nulle femme n'était à coup sûr à l'abri des complications infectieuses. Il faisait allusion aux possibilités d'infections puerpérales provoquées par des germes infectieux préexistant chez les parturientes, soit dans leur système génital, soit en un lieu quelconque de leur organisme.

Les notions d'infection d'origine endogène ont été soupçonnées avant l'ère pastorienne, par Tarnier en France et surtout par Semmelweis en Allemagne, qui émit sa thèse de « Selbstinfection ». Elles ont été reprises et confirmées par Jeannin dans sa thèse.

Depuis, les discussions des accoucheurs ne portent guère plus que sur l'importance à attribuer à chacune des diverses voies d'infection de la cavité utérine :

- 1^o Voie ascendante (ascension spontanée ou provoquée par les épiphytes vulvaires ou vaginaux) ;
- 2^o Exaltation de virulence des germes préexistant dans la sphère salpingo-utérine ;
- 3^o Voie descendante sanguine ou lymphatique, germes provenant d'un foyer primitif extra-génital.

En Indochine, la grippe est pratiquement inexistante, tant elle est bénigne. Par contre, les troubles gastro-intestinaux sont quasi-généraux, d'autant plus répandus qu'on descend vers le Sud où l'hiver est peu sensible.

Habituel agent des complications puerpérales d'origine grippale en Europe, le streptocoque se rencontre exceptionnellement dans la puerpéralité en Indochine (tout au moins dans le Centre et le Sud). Il est remplacé à peu près exclusivement par les germes intestinaux ; colibacille, entérocoque, bacille de Hué et staphylocoque (nous rangeons ce dernier parmi les germes gastro-intestinaux à cause de la fréquence des pyélonéphrites et des appendicites dont il est responsable).

La relation de cause à effet entre ces complications puerpérales et les affections gastro-intestinales est presque toujours possible à mettre en évidence.

L'examen bactériologique simultané des urines, du sang et des lochies démontre l'identité d'origine des accidents, en révélant la présence du même germe dans ces différentes sources de prélèvement.

En cas d'hémoculture positive, la culture des lochies est toujours positive avec le même germe, même sans infection utérine apparente. S'il y a rétention de caillots et seulement dans ce cas, d'après les faits que nous avons observés, cette émission de germes par l'utérus est suivie d'infection puerpérale et de suppuration. Cette rétention serait donc, suivant toute probabilité une condition nécessaire pour

l'éclosion des complications infectieuses génitales.

L'ordre d'évolution des accidents serait donc, puisqu'il s'agit presque toujours de microbes intestinaux :

1^o Une infection intestinale ;

2^o Des métastases infectieuses ou une bacillémie provoquant des localisations à distance (pyéliques ou génitales).

Mais, pour que ces diverses étapes se réalisent, il faut un terrain favorable.

Bien que cette notion du « terrain » soit classique, nous nous permettons de la reprendre, car elle domine notre conception de la prophylaxie.

L'insuffisance hépatique due à la fatigue du climat est peut-être une des causes première de la dépression générale de l'organisme. C'est en tout cas une des fonctions les plus précocement et visiblement atteintes.

Le paludisme chronique ; le parasitisme intestinal extrêmement fréquent ; la dysenterie amibienne chronique et ses conséquences ; la qualité de la nourriture favorisant la constipation et les fermentations intestinales ; le défaut de mouvements général dans la classe aisée, sont autant de facteurs qui contribuent à augmenter le travail d'une glande hépatique déjà diminuée, en temps normal, dans sa valeur fonctionnelle.

La grossesse, apportant un supplément de dépression physiologique, ne fait qu'augmenter cet état de

fragilité et risque même de provoquer la franche rupture d'un équilibre péniblement maintenu.

Si les derniers mois de la gestation coïncident avec une période particulièrement chaude et pénible, la fatigue qui en résulte, augmente encore cette dépression physique.

De ces constatations, il est facile de dégager les divers ordres de faits contre lesquels nous avons à réagir et dont la connaissance dicte notre conduite :

1^o L'anergie climatique crée un terrain éminemment favorable à l'éclosion de diverses maladies ;

2^e La diminution de la valeur fonctionnelle du foie, la constipation, l'entérite chronique, entretiennent une flore microbienne capable d'exalter sa virulence à la moindre défaillance de l'organisme ;

3^o Le parasitisme intestinal et l'amibiase créent des voies d'effraction de la muqueuse intestinale ;

4^o La diminution du rôle antitoxique du foie entraîne une surcharge toxique du rein. Les urines fortement concentrées par la sudation abondante, exagérée par le climat, sont devenues plus irritantes pour les voies d'élimination urinaire. Sous cette irritation chimique permanente, l'intégrité de celles-ci se trouve considérablement amoindrie ;

5^o Cet état général de débilité et de diminution du tonus nerveux favorise les défauts d'involution, donc des pertes exagérées de sang, la rétention des caillots, la stagnation des lochies, les risques d'infections puerpérales ;

6° L'accouchement ouvre une période critique. L'anergie physiologique qui le suit, risque en s'ajoutant à l'anergie déjà existante de provoquer la rupture de l'équilibre de tous les moyens de défense de l'organisme.

Tels sont les éléments contre lesquels nous avons à lutter.

Formes cliniques.

L'exposé étiologique et pathogénique qui précède fait deviner la multiplicité des formes cliniques. Nous allons les étudier en partant de l'agent étiologique et en n'insistant que sur les formes rares et spéciales au pays.

Disons tout de suite, qu'elles sont presque toujours d'origine intestinale ou para-intestinale.

Dans les Maternités de Hué ou de Hanoï, 95 à 98 % des mouvements fébriles du *post-partum* ne sont pas dus à des infections puerpérales d'origine exogène. Il s'agit, la plupart du temps, de la constipation déterminant de petits mouvements fébriles vers le troisième ou le quatrième jour, qu'un laxatif prophylactique administré le lendemain de l'accouchement fait disparaître dans une proportion considérable (plus de $\frac{4}{5}$).

Cette constipation habituelle, l'amibiase chronique et surtout l'helminthiase constant chez tous les malades favorisent ces mouvements infectieux fébriles en entretenant des lésions de la muqueuse intestinale et en favorisant le développement des germes susceptibles de devenir virulents à la moindre diminution de la résistance de l'organisme.

Malheureusement cette bénignité n'est pas la règle. Nous ne constatons que trop souvent des troubles importants dus, soit à une poussée aiguë d'infection intestinale déjà existante, soit à une localisation secondaire grave plus ou moins éloignée.

Les complications d'ordre pyélo-rénal évoluent soit banalement, soit avec des caractères particuliers à chaque germe en cause.

Les infections puerpérales proprement dites consistent surtout en suppurations de la cavité utérine, cons cutes à des rétentions de caillots.

Ces infections des ligaments larges ou les péritonites même localisées sont très rares.

Quoique dans leur ensemble, ces complications soient beaucoup moins graves que celles qui sont dues au streptocoque, elles peuvent se prolonger dangereusement ou donner lieu aux mêmes interventions opératoires, si le diagnostic étiologique et la vaccinothérapie rapidement efficace, ne sont pas précocement établis, ou si le foyer initial n'est pas conjointement traité et supprimé.

A. — INFECTIONS A COLIBACILLES.

Les complications puerpérales relèvent le plus souvent de la colibacillose, revêtant surtout la forme de pyélonéphrites.

Presque jamais d'allure aiguë pendant la gestation, celles-ci restent, en général, torpides et ne provoquent guère comme symptômes subjectifs qu'une

exagération de la fatigabilité et une légère polyurie trouble.

Objectivement, on peut constater une légère ascension thermique vespérale, une augmentation de la sensibilité à la palpation profonde de la loge rénale intéressée.

Par contre, les accidents aigus de rétention pyélique sont à peu près la règle après l'accouchement et surviennent dans les deux à huit jours qui suivent. Ce sont eux, qui habituellement déclenchent les septicémies ou les complications génitales.

B. — INFECTIONS A ENTÉROCOQUES.

Les observations de septicémie à entérocoques sont peu nombreuses, écrit Macaigne, dans le *Nouveau Traité de Médecine*.

Ce qui est vrai en France l'est aussi en Indochine où nous ne connaissons que quelques cas de septicémies médicales publiés.

Pons et Denier ont observé une septicémie à entérocoques au cours d'une typhoïde : Morin et Robin dans un cas d'endocardite maligne lente ; Charles Massias dans un cas d'endocardite à forme prolongée.

Notre Maître, le D^r Daléas, a relevé trois observations de pyélonéphrite à entérocoques dans la Maternité de Pnom-Penh. Une seule, diagnostiquée et traitée une quinzaine de jours avant le terme, évolue simplement et rapidement vers la guérison.

Un cas de pyélonéphrite simple, mais sévère au début a guéri en trois semaines.

Un autre cas s'est compliquée d'une suppuration utérine de même origine, qui a vite cédé à la vaccinothérapie générale et locale.

Nous avons recueilli nous-même avec le Dr Daléas deux cas de pyélonéphrite, l'un se complique d'une infection utérine suivie de guérison, l'autre d'une septicémie mortelle dans les suites de couches.

C. — INFECTIONS A STAPHYLOCOQUES.

Les pyélonéphrites à staphylo méritent une mention spéciale. Elles ont pour conséquence une cystite aiguë extrêmement douloureuse, avec pollakiurie intense que les traitements habituels ne parviennent qu'à atténuer provisoirement et seulement dans une faible mesure. Peu fébriles, elles déterminent quelquefois des infections utérines secondaires extrêmement graves, impressionnantes par la rapidité de leur début et l'intensité des phénomènes généraux.

La torpidité de l'évolution rénale de ces pyélonéphrites jointe à l'importance et à la résistance au traitement du syndrome cystique qui les accompagne, jointe aussi à la fréquence des hématuries qu'elles provoquent, les apparente singulièrement aux tuberculoses chirurgicales du rein. Ce diagnostic ne peut être différencié que par l'évolution au cobaye.

D. — INFECTIONS A BACILLES DE HUÉ.

L'étude de ce bacille mérite une note spéciale.

C'est un bacille du groupe des *Salmonella* qui a été identifié par le Médecin général Normet, au cours d'une épidémie de dysenterie bacillaire à Hué (ville de l'Annam).

Bacille court, en navette, assez mobile. Gram négatif, aérobie ou anaérobie facultatif. Il n'est pas agglutiné par les sérums antityphiques, para A, para B, antidysentériques (Shiga, Flexner, Hiss), anti-Aertryke et anti-Gaertner, alors que par immunisation du lapin, on obtient un sérum agglutinant spécifique, qui reste sans action sur les germes du groupe dysentérique et du groupe coli-typhique.

Il provoque le plus souvent des dysenteries typiques à issue souvent mortelle : quelquefois des diarrhées cholériformes, pouvant se compliquer d'hémorragies intestinales dont l'évolution est extrêmement rapide ; plus rarement, des suppurations profondes avec tendance au sphalèle ; exceptionnellement des diarrhées chroniques cachectisantes.

En ce qui concerne la puerpéralité, le Bacille de Hué a donné lieu à des complications variées des suites de couches. Le Dr Daléas a signalé cinq cas de pyélonéphrite à Bacilles de Hué.

Le premier cas concerne une Française présentant une pyélonéphrite d'apparence bénigne, avec légère élévation de température, bacillurie tenace. La ma-

ade, rentrée en France, après son accouchement, urinait encore des bacilles, mais sans symptômes généraux autres qu'une fatigue rapide et une sensation douloureuse dans le rein droit.

Deux autres cas constatés chez les Annamites étaient superposables au précédent. Très améliorées par le stock-vaccin préparé à l'Hôpital de Hué, elles étaient sorties avant d'être guéries.

Par contre, dans trois autres cas, le bacille a été moins bénin, caractérisé cliniquement par des tendances ulcératives et nécrosantes, donnant lieu à des suppurations graves.

Deux autres observations concernent deux césariées qui, à la suite de rétention de lochies, faisaient une infection intra-utérine avec désunion et communication de la plaie utérine et de la plaie pariétale, avec tendance à s'étendre en s'infiltrant entre les différents plans de la paroi.

L'une faisait une véritable septicémie avec hémoculture positive, et l'autre une phlébite.

Toutes les deux ont été guéries par le vaccin, le jour où le diagnostic bactériologique a été posé au laboratoire.

E. — AMIBIASE.

Diverses manifestations de l'amibiase viennent souvent troubler les suites de couches, chez les anciennes dysentériques, dont souvent les amibes restaient silencieuses depuis des mois ou des années.

Presque toujours il s'agit de dysenterie banale,

avec des selles sanguinolentes ; tantôt sous l'aspect d'une angiocholite infectieuse ; tantôt sous forme d'abcès du foie.

Une remarque est à faire pour ce dernier cas.

Il nous était donné d'observer deux femmes. Elles étaient avant l'accouchement porteuses de ces abcès, qui restaient bien tolérés, alors que dès les dix ou douze heures qui suivaient l'accouchement, leur foie devenait extrêmement douloureux, que l'état s'aggravait très vite, et que la fièvre s'élevait, on dut même vider d'urgence un de ces abcès. Tout s'était passé comme si la décompression du foie par le retrait du globe utérin constituait une cause mécanique suffisante d'aggravation subjective et objective.

Enfin, nous avons observé également des cas de dysenterie très graves, avec diarrhées aqueuses extrêmement fétides, aspect typhique, fièvre très élevée en plateau.

Ces examens de laboratoire répétés s'étaient montrés négatifs. Peut-être, les selles trop diluées rendaient la rencontre des amibes quasi-impossible. Seules, des injections d'émétine faisaient comme par enchantement cesser l'évolution de la maladie.

F. — PALUDISME.

La grossesse peut réveiller un paludisme resté latent ou en exacerber les formes bénignes. Les accès apparaissent de préférence au moment du travail, et les symptômes sont particulièrement aigus lorsque

l'accouchement se fait aux mois chauds de l'année.

Quoi qu'on dise, les chiffres d'avortements ou d'accouchements précoces sont infiniment inférieurs à ceux de la syphilis, même dans la Haute Région du Tonkin où le paludisme règne à l'état endémique.

Souvent, on a vu étiqueter d'accidents paludiques et traiter comme tels des mouvements fébriles, où les trois stades (frisson, chaleur, sueurs) se succèdent, et simulent, à s'y méprendre, des accès palustres, alors qu'un examen attentif, un interrogatoire serré révèlent une pyélonéphrite, jusque-là latente, s'exacerbant soit sous l'influence d'une circonstance quelconque au cours de la gestation, soit déclenchée en poussées aiguës par l'accouchement pendant les suites de couches. Aussi n'hésitons-nous pas à faire un examen hématologique avant d'affirmer le diagnostic de paludisme.

D'autre part, nous nous refusons à admettre le paludisme avec fièvre élevée atteignant ou dépassant 39° sans hématozoaire et surtout sans mononucléose caractéristique.

Nous avons profité des accouchements s'effectuant en état de paludisme aigu pour tenter quelques recherches sur la question de l'hérédité du paludisme.

Les recherches d'hématozoaires dans le sang périphérique du nouveau-né ou dans le sang du cordon et du placenta sont presque toujours négatives. Cependant il nous a été donné d'envoyer à l'Institut Pasteur de Hanoï un placenta bourré d'hématozoaires.

Nous regrettons de n'avoir pas les moyens de procéder à des inoculations, qui nous permettraient de vérifier si le sang de ces nouveau-nés ne contiendrait pas, comme on a tendance à le supposer aujourd'hui, des formes de transition échappant à nos moyens d'investigation, et susceptibles par inoculations successives de revenir aux stades morphologiques connus.

A signaler cependant un fait qui peut expliquer l'absence d'hématozoaire dans le sang circulant, c'est que tous les enfants nés, alors que la mère présentait une hyperthermie de 39° à 40°, présentaient immédiatement après leur naissance une température normale.

Nous rapportons ici, le tableau très suggestif relatif à l'influence du paludisme sur l'accouchement que le Dr Daléas, a dressé à Hué, au cours des six derniers mois de l'année 1932.

	Total	6 ^e	7 ^e	8 ^e	9 ^e	10 ^e	11 ^e	12 ^e
1 ^o <i>Accouchement en cours de paludisme aigu.</i> — Tous, accouchements prématurés. Deux décès. Toujours très grave.....	15				3	5	4	3
2 ^o <i>Accès de paludisme apparaissant immédiatement après l'accouchement</i> et susceptibles d'être provoqués par la fatigue de celui-ci.....	1				1			
3 ^o <i>Accès de paludisme apparaissant dans les suites de couches</i> après le 2 ^e et le 3 ^e jour, non influencés dans leur apparition par la fatigue du travail.....	5					3	1	1
TOTAL.....	21				4	8	5	4
Ho-dac-Cung						3		

En effet, les chiffres ci-dessus soulignent l'influence grave du paludisme aigu sur l'évolution de la grossesse.

Les 15 cas relevés sont tous compliqués d'une interruption de la grossesse dans le cours du 6^e et du 7^e mois. Tous ces enfants sont prématurés, nés au cours d'un état grave maternel, ont succombé dans les heures ou les jours qui ont suivi leur naissance. Deux femmes sur ces quinze sont mortes, l'une un quart d'heure, l'autre deux heures après l'expulsion. Toutes deux étaient dans un état grave de cachexie et d'anémie aiguë.

On ne relève qu'un cas où l'accouchement peut être accusé d'avoir provoqué l'apparition d'un accès de fièvre, malgré le nombre certainement élevé de femmes chroniquement impaludées.

Les accès de paludisme constatés dans les suites de couches n'ont présenté aucun caractère particulier d'évolution ou de gravité.

Il nous est donc permis de constater l'extrême danger d'évolution parallèle d'un paludisme aigu non traité et d'une grossesse, et l'extrême gravité du facteur accouchement dans ces états d'anémie aiguë avec profonde infection.

En revanche, dans le paludisme chronique, l'accouchement paraît, contrairement à l'opinion la plus répandue, n'avoir qu'une influence négligeable sur l'apparition des accès.

H. — VERS INTESTINAUX.

Presque toutes les femmes de nos Maternités sont porteuses d'une faune parasitaire importante, et il n'est pas rare de découvrir une... ménagerie de grande richesse : ascaris, trichocéphales, ténias, ankylostomes, oxyures, lamblias, trichomonas, amibes libres ou enkystés, voisinent dans le même tube digestif ou se partagent ses divers étages. Souvent ces parasites sont causes de nombreux troubles pendant la gestation.

Fréquemment mis sur le compte des troubles sympathiques d'origine gravidique, des symptômes tels nausées, vomissements, ptyalisme disparaissent comme par enchantement sous le coup du traitement anti-helminthique.

D'autres fois on se trouve en présence de fièvres persistantes avec syndrome gastro-intestinal : vomissements ou nausées ; diarrhée plus ou moins intense, avec selles mousseuses et glaireuses ; température très irrégulière, pouvant s'élever jusqu'à 40°. L'hémoculture est négative, l'examen bactériologique des urines ne donne rien, la culture des selles n'indique qu'une flore banale. Seul l'examen direct de celle-ci donne des renseignements et indique la présence d'œufs de parasites, le plus souvent d'ascaris.

L'expulsion de ceux-ci est le signal de la détente de la maladie et de la guérison qui survient vite en trois ou quatre jours.

A côté de ces formes banales de gastro-entérites d'origine vermineuse, le parasitisme intestinal peut revêtir, au cours de la puerpéralité, des tableaux cliniques parfois dramatiques, qui dérouteraient l'accoucheur le mieux averti, s'il n'avait quelque expérience en matière de pathologie digestive de ce pays : nous voulons parler du syndrome abdominal aigu de l'ascaridiose.

Il nous était donné d'observer deux cas, qui revêtent tous les deux des caractères vraiment dramatiques.

L'un était une femme qui, au cours d'une grossesse de quatre mois, présentait le tableau d'une occlusion intestinale aiguë; l'autre simulait une péritonite le lendemain de son accouchement.

Nous terminons cet exposé clinique en signalant l'extrême rareté des phlébites, aussi bien puerpérales que chirurgicales. Le D^r Daléas a proposé une explication pathogénique de cette rareté dans le *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indochine* (24 avril 1930, page 325), en invoquant, d'après la théorie de Leriche, la diminution par le climat, des réactions du système nerveux sympathique, qui serait moins qu'en Europe, générateur de spasmes veineux.

Diagnostic. Pronostic. Traitement.

Le diagnostic de ces divers états pathologiques est surtout un diagnostic de laboratoire. Un examen complet est indispensable. Il faut aller vite à cause des risques de complications puerpérales ultérieures possibles.

Voici les renseignements que nous avons l'habitude de demander dès que des accidents sérieux se produisent :

1^o *Le sang* : hématozoaire, formule leucocytaire, hémoculture en cas de fièvre très élevée et persistante ou grands frissons ;

2^o *Les selles* : parasites, amibes, culture s'il y a lieu ;

3^o *Les urines* : examen bactériologique et cytologique direct du culot de centrifugation et culture (urines fraîches recueillies à la sonde) ;

4^o *Les lochies* : examen direct et culture (les prélever très aseptiquement dans la cavité utérine, après iodage du col et du canal cervical).

La somme des résultats obtenus, joints aux renseignements fournis par la clinique, permet de mettre très rapidement en action un traitement efficace, spécifique et causal.

Spécifique : vaccinothérapie ou sérothérapie générale ou locale suivant les cas ; émétine en cas d'amibiase et arsenic si le paludisme est en jeu, etc...

Causal : traitement de la constipation, des parasites, etc...

La recherche de la preuve thérapeutique est une source d'erreur, une perte de temps dangereuse, une faute.

Le pronostic de ces divers accidents même lorsqu'ils sont compliqués d'incidents puerpéraux, est moins sombre qu'en France où le streptocoque est un terrible agent de mortalité. Toutefois il est essentiellement fonction de la précocité d'un diagnostic précis complet permettant d'emblée un traitement utile.

Malgré leur bénignité habituelle, certains de ces accidents, par la rapidité de leur évolution, par les lésions irrémédiables qu'ils créent, sont au-dessus des ressources de la thérapeutique.

D'autres, s'ils n'entraînent pas la mort de la malade, la laissent dans un tel état qu'elle n'est plus qu'une infirme, qu'une nouvelle grossesse peut devenir un grave danger et que pour une Européenne, le rapatriement peut s'imposer d'urgence. Enfin ces malheureuses ne peuvent que bien difficilement supporter la fatigue de l'allaitement, même si la sécrétion lactée est suffisante.

Tout cela milite en faveur d'une prophylaxie rigoureuse.

Prophylaxie.

Tout se ramène à une question d'hygiène générale, alimentaire, intestinale, aussi bien pendant la grossesse qu'après l'accouchement. Les précautions à prendre doivent être étudiées successivement au cours de ces deux périodes.

I. — PENDANT LA GROSSESSE.

1^o *Examen des selles* : recherche des parasites, des amibes. Répéter ces examens, tantôt pour vérifier les résultats des traitements institués, tantôt pour vérifier l'exactitude des examens négatifs antérieurs.

2^o *Surveillance des urines* : recherche de l'albumine.

Pratiquer l'examen microscopique direct du culot de centrifugation en vue de rechercher les microbes ou les éléments cellulaires inflammatoires. Recourir, si besoin est, à une culture, soit pour préciser et identifier le germe en cause, soit pour révéler une bacillurie susceptible plus tard de provoquer une suppuration.

3^o *La constipation* doit être soigneusement combattue.

4^o *Hygiène alimentaire* : éviter tous les produits

favorisant les fermentations intestinales. Ne permettre que la viande ou le poisson frais. Régime aussi fourni que possible en légumes verts et fruits frais.

5^o *Hygiène générale* : réagir à la tendance à se laisser aller à la torpeur et à l'indolence, auxquelles prédispose le climat.

Des séjours dans les stations d'altitude ne peuvent qu'être profitables et recommandés, sous réserve des risques que peut faire encourir le voyage.

6^o *Rechercher et traiter les possibilités d'existence d'un paludisme chronique.*

II. — APRÈS L'ACCOUCHEMENT.

Si les divers examens dont nous avons parlé n'ont pu être pratiqués pendant la gravidité, il importe d'y procéder dès l'accouchement. Dès l'entrée des parturientes à la Maternité et même si elles étaient en travail, nous faisons systématiquement des examens d'urines et de selles. Nous ordonnons également d'une façon systématique un léger laxatif huileux dès le lendemain même de l'accouchement. Précocement administré, ce laxatif présente divers ordres d'avantages : vider complètement les matières et accélérer la reprise de la motricité du tube digestif déséquilibré et « étonné » par la brusque déplétion abdominale qui a suivi l'accouchement.

C'est là un moyen facile de prévenir les petits mouvements fébriles si fréquents dus à une simple constipation, même relative.

Provoquer immédiatement l'expulsion des parasites si les examens des selles sont positifs. On peut, par précaution, suspendre l'allaitement, bien que nous n'ayons pas observé d'enfants incommodés par les vermifuges pris par la nourrice.

Combattre l'infection intestinale, les fermentations exagérées en appliquant immédiatement la vaccino-thérapie spécifique si possible, sinon polyvalente.

Réparer les fatigues du travail et exciter l'appétit en instituant d'emblée un régime varié, riche en légumes et en fruits.

Enfin, il est essentiel de surveiller l'involution utérine. Faire des applications abdominales de vessies emplies d'eau chaude, dès que l'utérus est douloureux. Eviter les compresses humides qui provoquent des macérations ou des pyodermites dangereuses au voisinage de la vulve.

Au besoin si les petits moyens sont insuffisants, ordonner de l'ergotine ou du post-hypophyse et ne pas hésiter conjointement à relever l'état général par des injections quotidiennes de strychnine et de sels phosphatés.

Il faut redouter les rétentions de caillots, si souvent causes redoutables d'infections puerpérales. Bien vérifier s'il n'existe pas d'antéflexion exagérée et que les lochies s'écoulent normalement.

C'est donc, dès le début de la grossesse que tout doit être mis en œuvre pour prévenir les accidents infectieux d'origine autogène. Ils devraient tendre à disparaître comme l'éclampsie a pratiquement dis-

paru des milieux instruits. Les femmes enceintes devraient spontanément réclamer au médecin l'examen des selles et des urines, comme elles demandent au pharmacien ou à la sage-femme de voir si elles n'ont pas d'albuminurie.

Enfin, je termine en souhaitant qu'il soit organisé des services spécialisés de consultation de femmes enceintes et de nourrissons dans les principaux centres de l'Indochine; que les stations d'altitude, jusqu'ici accessibles aux riches, puissent un jour, grâce à une organisation hospitalière suffisante, devenir des stations d'accouchements, pour que les plus faibles et les plus menacées, même pauvres, puissent y accoucher dans des conditions de sécurité aussi grande que possible.

Conclusions.

De cette étude sommaire des complications puerpérales d'origine endogène en Indochine, nous sommes amené à des conclusions suivantes :

1° *Au point de vue étiologique* : tandis que le streptocoque est le germe habituel des Régions Tempérées, il donne lieu, en Indochine, à des complications puerpérales tout à fait exceptionnelles. En revanche, les microbes intestinaux tels que colibacille, entérocoque, bacille de Hué et staphylocoque (nous rangeons ce dernier parmi la flore intestinale pour des raisons que nous avons montrées dans le chapitre « Etiologie et pathogénie » sont les agents pathogènes souvent en cause.

Ajoutez à tout cela les méfaits de l'hématozoaire, de l'amibe dysenterique et des vers intestinaux.

2° *Au point de vue clinique*, on trouve les formes les plus variées :

Depuis la banale constipation génératrice de petits mouvements thermiques si fréquents dans le *post-partum*, depuis les pyélites évoluant soit banalement au cours de la gestation, soit s'aggravant, après l'accouchement, avec les caractères particuliers à chaque

germe qui les provoque, jusqu'aux infections puerpérales consistant en suppurations utérines consécutives à des rétentions de caillots et pouvant parfois donner lieu à des myométries graves nécessitant une intervention chirurgicale d'urgence.

A côté de ces complications d'ordre infectieux, il faut avoir présentes à l'esprit les complications d'ordre parasitaire.

Il s'agit, avec l'amibe, tantôt de diarrhées sangui-nolentes, tantôt d'angiocholite à allure infectieuse, tantôt d'abcès du foie.

Quant au paludisme, il nous est permis de constater l'extrême danger d'évolution parallèle d'un paludisme aigu non traité avec une grossesse. Dans le paludisme chronique, l'accouchement paraît sans influence appréciable sur l'apparition des accès. Ceux-ci, dans les suites de couches n'ont aucun caractère particulier d'évolution ou de gravité.

Ne pas s'étonner de voir avec le parasitisme intestinal, notamment l'ascaridiose, des formes cliniques des plus impressionnantes, voire même dramatiques : l'ascaridiose chirurgicale revêtant soit la forme d'occlusion intestinale aiguë, soit de pseudo-péritonite.

3° *Au point de vue de traitement* : déparasiter le plus tôt possible ; instituer une vaccinothérapie ou sérothérapie locale ou générale spécifique si possible, sinon polyvalente ;

4° *Au point de vue prophylactique*, voici ce que nous avons l'habitude de faire :

a) PENDANT LA GROSSESSE :

1. Examen des selles : recherches des parasites, amibes, etc.
2. Examen des urines au point de vue bactériologique et chimique ; et culture s'il y a lieu.
3. Combattre soigneusement et énergiquement la constipation.
4. Hygiène alimentaire : régime en fruits et légumes.
5. Hygiène générale : réagir contre l'apathie, l'indolence dues au climat.
6. Rechercher et traiter les possibilités d'existence d'un paludisme chronique.

b) APRÈS L'ACCOUCHEMENT :

1. Procéder aux mêmes examens et recherches s'ils n'ont pu être faits antérieurement.
2. Instituer, s'il y a lieu, la vaccino ou sérothérapie spécifique si possible, sinon polyvalente.
3. Surveiller l'évolution utérine.
4. Maintenir un bon état général par un régime varié substantiel, riche en fruits et légumes.

Ne pas hésiter conjointement à relever l'état général par des injections de strychnine et de sels phosphatés.

Vu : le Président de la thèse,
L. TANON.

Vu : le Doyen,
TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- Brindeau et Chomé.* — Sources de l'infection puerpérale dans la Pratique de l'Art des Accouchements, tome II.
- Bujadoux et Gonnet.* — Infection puerpérale à entérocoques (Bul. de la Soc. d'Obst. et de Gyn., n° 8, 1921).
- Brelet.* — Un cas de septicémie à entérocoques (Bul. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris, 1925).
- Daléas.* — Complications puerpérales autogènes en Indochine (Bruxelles Médical, 1931).
- Phlébites et Thromboses. Leur pathogénie (Bul. Méd. Chir. de l'Indochine, 1930).
 - Infections utérines post-puerpérales d'origine sanguine à staphylo et à entérocoques (Soc. de Gyn. et d'Obst. de Toulouse, 1930).
- Denier et Pons.* — Septicémie à entérocoque au cours d'une typhoïde (Bul. de la Soc. Méd. Chir. de l'Indochine, 1930).
- Gambier et Favot.* — Septicémie à entérocoques chez un Européen (Bul. de la Soc. Méd. Chir. de l'Indochine, janvier 1933).
- Gambier.* — Septicémie à entérocoques (*id.*, mai 1930).
- Hamm.* — Infection puerpérale autogène de source intestinale (Presse Médicale, novembre 1934).
- Infection puerpérale d'origine endogène (Soc. Belge d'Obst. Gyn., 1930).
- Lemierre et Widal.* — Collibacillose (Nouveau Traité de Médecine, fasc. III).

Lavan. — Prophylaxie et traitement de l'infection puerpérale (Bul. de la Soc. Méd. Chir. de l'Indochine, avril 1928).

Macaigne. — Entérococcie (Nouveau Traité de Médecine, fasc. I).

Massias. — Endocardite maligne subaiguë à entérocoques (Gazette Médicale de Bordeaux, août 1930).

Morin. — Quelques cas de septicémies à entérocoques (Bul. de la Soc. de Pathologie exotique).

Normet. — Bacille de Hué (Soc. de Biologie, 29 juin 1929).
